UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1937-1938

N° 47

TROUBLES CARDIAQUES ET DIGESTIFS DANS LES FIBROMES UTÉRINS

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 22 Décembre 1937

PAR

Henri-Marie-Antoine-Firmin DUPUCH

né à Pau (Basses-Pyrénées), le 12 août 1912.

Examinateurs de la Thèse

MM. JEANNENEY, professeur ..... *Président.*

GUYOT, professeur..... } *Juges.*

PAPIN, professeur ..... } *Juges.*

FAUGÈRE, agrégé ..... } *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE BIÈRE

18, Rue du Peugue, 18

1937

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536509_0037

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1937-1938

N° 47

TROUBLES CARDIAQUES ET DIGESTIFS DANS LES FIBROMES UTÉRINS

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 22 Décembre 1937

PAR

Henri-Marie-Antoine-Firmin DUPUCH

né à Pau (Basses-Pyrénées), le 12 août 1912.

Examinateurs de la Thèse

MM. JEANNENEY, professeur ..... *Président.*

GUYOT, professeur..... } *Juges.*

PAPIN, professeur ..... } *Juges.*

FAUGÈRE, agrégé ..... } *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE BIÈRE

18, Rue du Peugue, 18

1937

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Assesseur ..... M. LABAT
Doyen honoraire ..... M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BEGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DAMADE.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RECHOU CHELLE.
Chimie	
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES.

	MM
Physiologie	FABRE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

LACOSTE (Histologie). PÉRY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	N.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	N..
Médecine générale	PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN BROUSTET DERVILLÉE. N.

	MM.
Chirurgie générale	CHARRIER. LOUBAT. MASSE DARGET. N.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	N.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Physiologie	PETITEAU.
Médecine opératoire	JEANNENEY.
Accouchements	RIVIERE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)
Puériculture	FAUGERE
Pharmacie galénique	MESNARD.

	MM.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Physique médicale et pharmaceutique	AURIAC.
Médecine légale	DERVILLÉE
Urologie	DARGET
Botanique	GIRARD.
Bactériologie	MOUREAU
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Chimie minérale	CASTAGNOU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... M. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

R.UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

JEAN-LUCIEN DUPUCH

CAPITAINE AU 18e RÉGIMENT D'INFANTERIE DE PAU
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MORT GLORIEUSEMENT POUR LA FRANCE LE 16 SEPTEMBRE 1914
AU COMBAT DE LA VILLE-AUX-BOIS (AISNE)

Avec mes affectueuses pensées.

A MA MERE

En gage de reconnaissance pour tous les sacrifices qu'elle a faits pour moi, et de profond amour filial.

A MA TANTE

MADEMOISELLE MARIA DUPUCH

EX-DIRECTRICE DE LA MATERNITÉ DE PELLEGRIN
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

En témoignage de gratitude pour tous les sacrifices que je lui ai coûtés et de profonde affection.

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE LA FACULTE

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A Monsieur le Professeur CHELLE

A Monsieur le Professeur DUPERIE

A Monsieur le Professeur agrégé FAUGERE

A Monsieur le Professeur VILLEMIN

Qui ont bien voulu m'honorer de leur bienveillance. Avec l'expression de ma respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur MAGENDIE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Qui m'a donné de précieux conseils pour l'élaboration de cette thèse. Avec l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur Lucien BROUSTE

DIRECTEUR DE LA CITÉ UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui m'a témoigné tant de bienveillance pendant les trois années durant lesquelles j'ai été assistant médical à la cité universitaire.

Avec ma respectueuse reconnaissance.

A MON PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur JEANNENEY

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CHIRURGIEN ADJOINT DU CENTRE RÉGIONAL CONTRE LE CANCER
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui m'a inspiré ce travail.
Qu'il me soit permis de lui dire ma profonde gratitude pour la bienveillance qu'il m'a témoignée, et pour le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant de présider cette thèse.

INTRODUCTION

Des maladies de l'utérus, les fibromes sont certainement les plus remarquables par le grand nombre de troubles qu'ils engendrent à distance. C'est ainsi qu'ils provoquent des troubles nerveux, cardiaques, vasculaires, digestifs, urinaires, vésicaux, etc... et ces manifestations éloignées, au niveau des divers appareils, méritent au plus haut point d'attirer l'attention du clinicien. Cependant, si l'existence de ces troubles est connue et s'ils sont rapportés à leur véritable cause, on peut s'étonner que certains d'entre eux, en particulier les troubles cardiaques et digestifs, aient été l'objet, en France du moins, d'une indifférence regrettable. Alors qu'ils ont provoqué, à l'étranger, de nombreux travaux, ils ont été complètement laissés dans l'ombre par les chirurgiens français jusqu'aux récents articles de M. le professeur Jeanneney et de M. le docteur Magendie qui ont insisté sur leur importance.

Nous étudierons ici les troubles cardiaques et digestifs rencontrés chez les fibromateuses de l'utérus, en raison de leur fréquence, de leur importance clinique et des liens qui les unissent, puisqu'ils relèvent souvent d'un même mécanisme. Nous n'aborderons pas la question de l'occlusion intestinale par fibrome, ni celle des complications vasculaires (phlébite, embolie, etc...) sujets bien connus et qui ont suscité des travaux et une littérature considérables.

Intérêt de la question.

Il importe tout d'abord de savoir si ces troubles cardiaques et digestifs sont vraiment causés par le fibrome, ou bien ne sont que le résultat d'une simple coïncidence, qu'un événement fortuit, accidentel et accessoire, sans aucun lien avec la tumeur utérine. Lacoarret est catégorique à ce sujet en ce qui concerne les troubles digestifs, et nous le serons nous-

même en ce qui concerne les troubles cardiaques. La majorité des cas que nous avons observés montrent très nettement que les désordres cardiaques et digestifs sont sous la dépendance du fibrome. Dans toutes nos observations, on pourra constater que les phénomènes pathologiques dont nous nous occupons se sont manifestés plus ou moins longtemps après l'apparition de la tumeur. Cependant, dans certains cas, on avait affaire à des femmes qui souffraient antérieurement de l'estomac, mais, chez elles, les douleurs ont pris un caractère plus aigu, se sont accentuées depuis la naissance du fibrome. De même, chez celles qui présentaient antérieurement des symptômes cardio-vasculaires, il y a eu une aggravation de ces troubles à partir du moment où le fibrome a manifesté son existence. Ces faits établissent d'une façon indiscutable les relations qui existent entre le myome et ces troubles cardiaques et digestifs.

Cette étude nous a paru digne d'intérêt pour plusieurs raisons. Nous avons tout d'abord été frappé par la fréquence de ces troubles. Chacun sait que les fibromes sont courants chez la femme, puisque, d'après Bayle, une femme sur cinq, d'après Bennet une femme sur trois est fibromateuse. Or, nous verrons plus loin que certains troubles comme l'anorexie et la constipation se rencontrent dans la moitié des cas; d'autres comme les troubles fonctionnels cardiaques, l'hypertension, les troubles vaso-moteurs sont observés dans plus de la moitié des cas. Cette simple remarque laisse à penser combien souvent le médecin peut être appelé, au cours de sa pratique journalière, à examiner des malades pour de tels troubles : au moins, une fois sur dix femmes malades, si nous nous en tenons au chiffre de Bayle, peut-être même plus souvent. Ne pas reconnaître leur origine serait une faute grave, et nous n'insistons pas sur l'inconvénient et le danger qu'il y aurait à traiter indéfiniment tel trouble cardiaque ou digestif qui aurait disparu définitivement après un traitement étiologique. Nous pouvons noter en passant que cette question, si importante pour le médecin de pratique courante l'est encore davantage pour le médecin colonial, puisque «dans certaines races, les négresses en particulier, la fréquence des fibromes

serait encore supérieure » (Pr Papin). Ne pas être pénétré de la fréquence extrême de ces troubles entraîne comme conséquence immédiate le risque presque fatal d'être amené à des erreurs de diagnostic.

Quand ils apparaissent comme signes accessoires surajoutés aux signes d'hémorragie ou de tumeur, il n'y a en général pas de difficulté, et le diagnostic causal est alors facile.

Parfois, ils peuvent dominer la scène et primer les symptômes utérins; c'est à l'occasion d'un examen général fait à propos de ces troubles que le fibrome est découvert. L'ablation de celui-ci fait cesser ces troubles, montrant bien qu'il en était la cause.

Enfin, dans certains cas, le fibrome peut passer inaperçu et ces troubles peuvent être prédominants. C'est alors qu'ils peuvent conduire le clinicien le plus averti, s'il n'est pas renseigné suffisamment sur la question, à des erreurs de diagnostic. Nous n'en voulons pour preuve que les deux exemples suivants :

Le premier exemple est le souvenir personnel d'une femme âgée (dont nous rapportons plus loin l'observation) qui avait pendant longtemps été soignée pour des troubles digestifs sans aucun résultat, et dont le diagnostic ne fut rectifié que dans le service de M. le professeur Guyot. On avait porté le diagnostic de cancer de l'estomac avec tumeur de Krukenberg, métastase vertébrale et anémie sévère, alors qu'elle avait seulement un fibrome multilobé calcifié. Après l'opération, les troubles digestifs disparurent.

Le deuxième exemple est le cas de fibrome avec asystolie (dont nous rapportons également plus loin l'observation) opéré par M. le docteur Magendie. Un premier médecin appelé auprès de la malade la croyait atteinte d'anémie pernicieuse, un deuxième médecin pensait à une hémogénie fruste à manifestation utérine. L'erreur de diagnostic aurait pu être très grave de conséquences, sans l'intervention de M. le docteur Magendie, car le fait de ne pas voir qu'il s'agissait d'un fibrome entraînait un traitement médical inefficace, et bien entendu il n'était pas question d'opération. Or ce fut grâce à la rectification de diagnostic faite à temps, et à l'opération pra-

tiquée après une préparation suffisante (transfusions, Anthéma, Hépatrol, etc...) que l'on put sauver la malade et la guérir définitivement.

Une troisième raison de bien connaître ces troubles est l'importance qu'ils présentent en vue du pronostic immédiat post-opératoire. Deux femmes opérées dans le service de M. le professeur Jeanneney et qui présentaient des dyspepsies flatulentes particulièrement sérieuses ont fait des dilatations aiguës post-opératoires de l'estomac. Il semble donc que ces troubles digestifs prédisposent parfois à des ennuis post-opératoires. Il en est de même pour les troubles cardiaques. M. le professeur Jeanneney et M. le docteur Magendie écrivent à ce sujet : « Les fibromateuses qui présentent des troubles cardiaques décelables à l'examen clinique ou aux rayons X paient le plus lourd tribut de mortalité post-opératoire 11,5 % (Janaki) contre 3,5 %, chiffre de la mortalité moyenne générale pour les fibromes « tout venant ».

Quant au pronostic éloigné, s'il est exceptionnellement grave pour les troubles digestifs, il n'en est pas de même pour les troubles cardiaques, et Labadie-Lagrave et Legueu notaient dès 1898 dans leur *Traité de gynécologie* « qu'ils doivent toujours être recherchés et comportent un pronostic assez grave ».

Enfin ces troubles cardiaques et digestifs présentent un vif intérêt sur un dernier point : le chapitre de leur pathogénie. La recherche de leur pathogénie paraît, et l'on est en droit de s'en étonner, laisser indifférents la plupart des chirurgiens français. Il semblerait que pour eux ce problème soit résolu et ne présente aucune discussion. Or nous allons voir qu'il n'en est rien. En Allemagne, en Russie, en Amérique, en Italie, de nombreux travaux ont été effectués et de vives discussions sont encore en cours. Il ne s'agit pas d'une controverse purement académique, car selon la pathogénie que l'on admettra, on pourra adopter un traitement différent. Si nous admettons par exemple que l'hémorragie est la cause principale de ces troubles, nous pourrons, dans certains cas, nous contenter d'un traitement radiothérapique ; au contraire, si la compression, la gêne mécanique sont en cause, il n'y aura qu'un seul traitement à adopter : l'intervention chirurgicale.

HISTORIQUE

Il y a déjà longtemps qu'on a signalé l'existence de troubles cardiaques chez les femmes atteintes de fibromes. Dès 1898, Labadie-Lagrave et Legueu en parlaient dans leur *Traité de gynécologie*.

Rosthorns insistait sur les modifications du cœur chez les fibromateuses (myom herz) tandis que Krehl, Lenhartz et une « pléiade de médecins notables », Strumpell, Romberg, Sahli, Schroder, Schwenkebecher, Zondeck et, plus tard, Mac Glinn, Walthard, von Jaschke se dressaient contre cette opinion. En 1927 Albrecht, en 1929 Janaki, en 1933 Hochloff et von Jaschke essaient de démontrer qu'il n'y a pas de modifications vraiment spécifiques de l'appareil cardio-vasculaire, et qu'il n'y a aucune raison d'individualiser ce que certains ont appelé le cœur fibromateux. A Leningrad, en 1932, Arknnski fait un historique complet des travaux des auteurs allemands.

Les troubles digestifs provoqués par les fibromes sont également connus depuis longtemps. En 1905, Pozzi décrivit la « dyspepsie utérine ». Ces troubles digestifs, autrefois signalés par Henri Bennet, Courty, ont été bien étudiés en France par Lacoarret, par Raffray dans sa thèse, en Angleterre par Imlach (on uterine dyspepsie), en Allemagne par G. Braün, Theilhaber, Heisenhardt, etc...

Des travaux récents portant sur la pathogénie de ces troubles ont été effectués dans divers pays. En 1905, Thalheim et Birnbaum recherchent par des procédés chimiques une toxine spécifique dans les fibromes utérins, mais n'arrivent pas à des résultats concluants. Strassmann et Muller croient à l'action nocive des fibromes par l'intermédiaire des glandes à

sécrétion interne. En 1924, Winter, constatant que le tissu myomateux ne se distingue en rien au point de vue anatomique et chimique du tissu musculaire normal, estime qu'il n'y a pas lieu de parler d'une toxine myomateuse.

En Amérique Polak, Mittel et Mac Grath (1922), Mac Keena (1929), puis Brandmann (1932) étudient particulièrement les rapports du fibrome et de l'hypertension artérielle et discutent des diverses pathogénies qui peuvent les expliquer.

En Italie nous trouvons les travaux expérimentaux de Patta et Decio (1911) qui injectent à des animaux des extraits de fibromes, les travaux cliniques de Chinni et Gusso sur le « prétendu cœur fibromateux » (1929), les tentatives de Taccani pour démontrer par des signes sanguins et vasculaires (capillaroscopie) le mode d'action des fibromes sur le système circulatoire, par l'intermédiaire du sympathique et des glandes endocrines (ovaires et thyroïde). Hochloff enfin, sa basant sur des expériences de stalagmométrie crut pouvoir nier l'existence d'une toxine myomateuse.

En face de cette foule de travaux effectués à l'étranger, portant surtout sur le chapitre pathogénique, que trouvons-nous en France ? Peu de chose, puisque nous n'avons pas eu connaissance de publication française importante sur ce sujet dans ces dernières années, à part les travaux de Cotte sur l'hypertension dans les fibromes, les travaux de Tixier (de Lyon) et les récents articles de M. le professeur Jeanneney et de M. le docteur Magendie (de Pau), chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, qui ont été le point de départ de ce travail.

SYMPTOMATOLOGIE DES TROUBLES CARDIAQUES

(Nomenclature et fréquence.)

On s'est adressé à plusieurs méthodes pour étudier les troubles cardiaques chez les fibromateuses. L'examen clinique, l'examen radiographique et électro-cardiographique, enfin grâce à l'examen anatomo-pathologique on s'est proposé d'étudier sur la table d'autopsie les lésions que présentaient les cœurs de ces femmes, et d'établir ainsi une correspondance entre la lésion examinée sur le cadavre et le trouble observé pendant la vie. En clinique, on rencontre des petits troubles fonctionnels cardiaques, des signes physiques cardiaques, des signes périphériques et des signes hématologiques.

1° Petits troubles fonctionnels cardiaques.

Nous avons trouvé, dans nos quarante-six observations, comme fréquence respective :

Dyspnée :	31 fois sur 46 cas	soit	67,4 %
Palpitations :	32 —	—	69,5 %
Vertiges :	23 —	—	50 %

2° Signes physiques cardiaques.

Nos observations sont trop peu nombreuses pour être suffisamment démonstratives. Adressons-nous à la statistique de von Jaschke. Sur 354 cas il a noté 90 fois l'assourdissement des bruits du cœur, le dédoublement du deuxième bruit, des souffles, de très légers troubles du rythme.

Dans 5 % des cas, von Jaschke a rencontré la dilatation du cœur par hypertrophie graisseuse, dans 20 % par hyper-

trophie cardiaque et artériosclérose, dans 11 % des cas par « atrophie brune », dilatation et dégénérescence du cœur forcé et atteint de myocardite chronique.

Dans 71 cas, soit 20 %, von Jaschke a constaté ce qu'il appelle le « cœur anémique secondaire ». C'est une hyposystolie consécutive à des hémorragies répétées ou abondantes décomposées.

Von Jaschke a constaté dans tous ces cas, à l'ortho-téléradiographie une dilatation cardiaque, portant la plupart du temps sur le cœur droit.

Brandmann a montré que l'électro-cardiogramme présentait un abaissement général, de la courbe par diminution de l'amplitude.

3° **Signes périphériques.**

Sur nos 46 cas nous trouvons :

29 fois des troubles vaso-moteurs, soit 63 % (fourmillements, crampes dans les jambes, bourdonnements d'oreille, bouffées de chaleur, angoisse, etc.).

6 fois de l'œdème (15 %).

11 fois de la céphalée (23 %).

Les recherches capillaroscopiques de Taccani (1932) ont montré qu'il existe très souvent chez les fibromateuses un spasme généralisé des vaisseaux capillaires périphériques, donnant à ces malades leur pâleur caractéristique sans qu'il existe d'anémie vraie. Von Jaschkle a signalé dans 20 % des cas une hypertension maxima, mais en réalité ce chiffre paraît très au-dessous de la vérité. Pour Vassitch l'hypertension se rencontre dans 65 % des cas.

4° **Signes hématologiques.**

Diminution du taux de l'hémoglobine, du nombre des hématies, de la valeur globulaire qui s'abaisse au-dessous de l'unité Leucopénie légère avec tendance à la lymphocytose et à la mononucléose (Pestalozza, Taccani, etc.).

5° **D'autres lésions.**

Il y a assez souvent coexistence de lésions valvulaires (14 %) et en particulier d'insuffisance mitrale (10 %) de

goîtres avec troubles cardiaques ou de maladie de Basedow (30 %). La mort subite est quelquefois observée chez les fibromateuses.

Winter et Taccani classent au point de vue anatomo-pathologique les lésions observées de la façon suivante :

Tout d'abord on rencontre fréquemment des lésions endocarditiques valvulaires. Elles sont probablement en rapport avec une infection générale localisée secondairement sur l'endocarde, ayant pour point de départ le fibrome infecté, car on sait que les résorptions toxi-infectieuses au niveau de la muqueuse utérine jouent un rôle très important.

Ensuite on rencontre des altérations du myocarde : lipomatose, myofibrose, « atrophie brune », dégénérescence graisseuse. Ces altérations ne sont pas à probablement parler spécifiques. C'est surtout la sédentarité, l'inaction, le changement de vie imposé aux malades du fait de l'existence de la tumeur qui sont en cause et qui entraînent ainsi la dégénérescence du myocarde, avec comme cause aggravante les troubles synergiques de la nutrition, et le rôle important des hémorragies qui provoquent une anémie profonde.

Quant à la dilatation des cavités cardiaques, avec ou sans hypertrophie des parois, elle est surtout due à l'anémie hémorragique. Enfin il peut arriver qu'on ne trouve à l'autopsie aucune lésion évidente du cœur qui puisse expliquer les troubles fonctionnels antérieurement notés.

Constatons avant de terminer les divergences considérables d'opinion des divers auteurs sur la fréquence des troubles cardio-vasculaires chez les fibromateuses, certains paraissant n'y attacher qu'une importance minime (Engelmann prétend ne les avoir rencontrés qu'une fois et demi sur cent) et d'autres comme Bolt une importance peut-être exagérée (47 %). M. le professeur Jeanneney et M. le docteur Magendie ont trouvé 46 cas de fibromes avec troubles cardiaques sur 196 opérées par eux dans ces dernières années, soit 24 %, pourcentage se rapprochant de la moyenne établie entre les chiffres extrêmes des statistiques. Remarquons également que si nous considérons uniquement les lésions cardiaques *vérifiées*

à l'autopsie et non plus les troubles cardiaques décelés chez les malades, nous trouvons un chiffre bien moindre, 11 1/2 %, dans la statistique de Winter portant sur 50 nécropsies, proportion qui nous paraît bien plus raisonnable que les 70 % de lésions nécropsiques cités par Schlaegel.

SYMPTOMATOLOGIE DES TROUBLES DIGESTIFS

(Nomenclature et fréquence.)

Etudiant les 46 cas de fibromes récemment opérées par M. le professeur Jeanneney, les troubles digestifs que nous avons observés le plus souvent ont été par ordre de fréquence :

1° La *constipation*, 24 cas, soit 52 %.

2° L'*anorexie*, 19 cas, soit 41 %.

3° La *dyspepsie flatulente* avec pesanteur gastrique, 9 cas (18 %).

4° Les *nausées et vomissements*, 4 cas, soit 8,6 %.

5° La *diarrhée*, 3 cas, soit 6,5 %.

Comme on le voit la constipation prime de beaucoup et existe dans plus de la moitié des cas.

L'anorexie le suit de très près.

La dyspepsie est moins fréquente.

Enfin les vomissements et la diarrhée sont plus rares.

Ces troubles, négligés à l'époque actuelle, ont été remarqués depuis longtemps par les anciens auteurs.

Aran (*Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1888), écrit : « C'est surtout vers l'estomac que ces troubles se manifestent d'une manière plus tranchée. Ces phénomènes consistent en des sensations pénibles vers la région épigastrique, sensations que les malades caractérisent du nom de tiraillements, de faiblesses d'estomac et qui s'accompagnent en général d'un besoin fréquent d'alimentation. Mais en réalité l'appétit est fugitif et illusoire, car, à peine quelques aliments ont été ingérés que la satiété se produit. Plus tard les digestions deviennent languissantes, difficiles, s'accompagnent de pesanteur, de gonflement, de renvois, d'aigreurs, et même de vomissements. »

Courty (*Dict. encycl. des Sc. méd.*), dit que les malades entretiennent leur médecin de leurs faiblesses, de leur céphalalgie, de leur dyspepsie, et sont étonnées après être venues le consulter pour ces prétendues maladies, de découvrir que le vrai siège du mal est la matrice. Du côté des voies digestives, il y a des vomissements, de l'anorexie, surtout de la dyspepsie. »

Martineau (*Tr. clin. des affect. de l'utérus*, 1879), signale des troubles digestifs, sans cependant les bien définir et il indique que le vomissement existe dans quelques cas.

Fabre, dit que l'utérus rend l'estomac « paresseux, capricieux, perverti, criard, grognon, révolté ». L'estomac est paresseux de trois manières qui sont trois formes de dyspepsie : suppression de l'appétit, inertie sécrétoire, inertie contractile. « L'estomac grognon fait entendre un bruit analogue à celui que fait le ventre d'une ânesse qui trotte, résultat des secousses imprimées à un mélange de liquide et de gaz par des mouvements spasmodiques. L'estomac perverti n'a qu'une perversion sécrétoire, qui s'annonce tantôt par des renvois aigres, fétides, nidoreux, tantôt par de l'embarras gastrique... L'estomac révolté c'est celui qui vomit tout ce qu'on lui donne. Rien dans les affections utérines, n'est variable comme la nature des matières vomies et l'heure des vomissements. »

G. Braün (Rapport entre les névroses de l'estomac et les maladies de l'utérus, *Wien. med. Woch.*, n° 41, 42, 1886) a surtout en vue dans son article les troubles nerveux réflexes qui se développent dans les différents organes, sous l'influence des lésions utérines. Il étudie principalement les diverses névralgies de voisinage, les désordres gastriques à forme nerveuse (gastralgie, crampes, etc.). Il indique les rapports qu'ils présentent avec les maladies de l'utérus.

Durand (*De quelques troubles symptomatiques ou sympathiques des affections de l'utérus*, thèse de Montpellier, 1889), dit dans son étude : « Peu de temps après avoir mangé, les femmes sont forcées de desserrer les cordons de leurs vêtements; parfois la pression la plus légère sur l'épigastre leur est insupportable. Elles sont sujettes à des éructations le plus souvent inodores. A ces symptômes de dyspepsie se joignent

des signes de gastralgie, des crampes d'estomac. Le travail de la digestion est long et pénible. »

A. Auvard (Th. de gynécol., 1890, p. 204) se borne à rappeler que les malades de l'utérus digèrent mal. Elles ont du tympanisme abdominal et la langueur des fonctions digestives les conduit à l'abattement et à l'amaigrissement.

Pozzi, note que la dyspepsie flatulente des fibromateuses de l'utérus s'accompagne d'un état de tympanisme chronique, de « tympanite » qui fait dire aux femmes que leur ventre a grossi depuis le début de la maladie, quoique leur embonpoint ait parfois diminué ou que la tumeur n'ait pas encore atteint un volume qui la rende perceptible. Ce météorisme est une grande gêne pour la palpation du ventre et pour l'exploration bimanuelle.

Ces références nous montrent que les troubles digestifs décrits par les anciens auteurs chez les fibromateuses de l'utérus concordent entièrement avec ceux relatés par nos observations personnelles.

Enfin, Mme Sardin, dans sa thèse, comme nous le verrons plus loin à propos du problème pathogénique, a montré que si les fibromateuses de l'utérus présentaient des dilatations d'estomac, des ptoses gastriques et intestinales, ces troubles étaient surtout en rapport avec un dysfonctionnement hypophysaire.

Mais, s'il existe une « dyspepsie utérine », cette dyspepsie offre-t-elle des symptômes spéciaux qui la rendent caractéristiques des affections utérines chroniques, sinon des fibromes; présente-t-elle des signes particuliers qui portent le cachet de la maladie dont elle est la conséquence, et qui puissent partout et toujours la faire reconnaître? Evidemment non. Il n'en est pas moins vrai que si cette dyspepsie n'a d'utérin que sa pathogénie, que si aucun signe ne permet de distinguer une dyspepsie due au fibrome d'une dyspepsie due à n'importe quelle autre cause, elle est cependant toujours la même dans ses manifestations, car il s'agit toujours de la forme atonique, hypopeptique, hyposthénique de la maladie. Quelquefois cependant on pourra constater chez une fibromateuse l'existence d'une dyspepsie hypersthénique, chez laquelle il y a

prédominance de l'élément douloureux, mais cette dyspepsie existait antérieurement au fibrome, et n'avait nullement une étiologie utérine.

Dans ce dernier cas, il s'agit surtout d'hystériques, de névropathes, de névrosées. Les relations de cette dyspepsie hypersthénique avec le fibrome sont absolument fortuites, et ce qui montre bien le caractère hyposthénique de la dyspepsie utérine, c'est que ces femmes ayant souffert de crises gastriques, de crampes, etc., voient plus ou moins longtemps après la naissance de leur fibrome ces symptômes se modifier, changer de nature et se confondre avec ceux de la dyspepsie atonique, qui, dès lors, deviennent prédominants.

PATHOGENIE

A. Notions pathogéniques communes aux troubles cardiaques et digestifs dans les fibromes utérins.

1. La toxine myomateuse.

Frappés par la fréquence et l'intensité de ces troubles, les premiers auteurs se sont demandé s'il ne s'agissait pas d'une action spécifique des fibromes qui se produirait par l'intermédiaire d'une toxine douée d'une affinité élective vis-à-vis du cœur et de l'appareil digestif, tout comme par exemple la toxine tétanique est douée d'une affinité élective vis-à-vis du système nerveux. L'hypothèse était logique et séduisante. Des recherches expérimentales furent entreprises dans l'espoir de découvrir cette toxine; disons tout de suite qu'elles n'ont donné aucun résultat. Winter, en 1924, constatant que le tissu myomateux ne se distingue en rien au point de vue anatomique et chimique du tissu musculaire normal, jugeait qu'il n'y avait pas lieu de parler d'une toxine myomateuse.

Patta et Decio injectèrent à des animaux des extraits de fibromes dans l'espoir de provoquer chez eux des troubles cardiaques et digestifs. Ils y réussirent en partie, mais leurs expériences ne sont nullement démonstratives, car les albumines étrangères formant la base de ces extraits, injectées par voie parentérale provoquent des phénomènes de choc et il est normal dans ces conditions d'observer des troubles du côté des divers appareils, pour l'explication desquels il n'est nullement besoin de parler de l'action d'une toxine. Mollo ne put arriver à mettre en évidence de différence sensible dans le pouvoir toxique d'extraits de myomes et d'extraits d'utérus normaux. Les recherches cliniques de Thalheim et Birnbaum

ne sont pas davantage en faveur de l'existence de cette toxine. Enfin Hochloff se basant sur des expériences physiques de stalagmométrie est catégorique à ce sujet, et affirme qu'il n'existe pas de toxine myomateuse.

2. **Altérations endocrino-sympathiques.**

En présence de l'échec de cette théorie toxique, on a cherché dans une autre voie; on a pensé alors qu'il s'agissait non pas de l'action d'une toxine spécifique, mais d'un dérèglement endocrino-sympathique, et les récents travaux de Taccani, élève du professeur Alfieri de Milan, paraissent avoir bien mis en évidence cette action du fibrome. L'examen capillaroscopique pratiqué systématiquement décela cet état spécial, dit spastique ou spastico-atonique au niveau des anses capillaires périphériques cutanées chez les fibromateuses, et cet état est un indice net de dérèglement endocrino-sympathique, expliquant par des troubles vaso-moteurs le teint pâle de ces malades qui conservent cependant presque intégralement leur taux d'hématies. D'autres modifications pathognomoniques de ce dérèglement furent trouvées par lui, indépendantes pour la majeure partie des hémorragies, telles que variations de la tension artérielle, de la valeur et de la numération globulaires, du taux des lymphocytes. Pour Taccani, ces troubles endocrino-sympathiques sont provoqués par un dysfonctionnement de l'ovaire et de la thyroïde.

Ce qui le prouverait, pour l'ovaire, c'est la lenteur de l'évolution lutéinique chez les fibromateuses, que Moretti a bien mises en évidence, la fréquence de la dégénérescence sclérokystique et des kystes hématiques. Taccani cite le cas intéressant de Fleischmann d'une nullipare, chez qui on greffa un ovaire de fibromateuse et qui vit se développer aussitôt un nodule fibromateux.

Du côté de la thyroïde, on peut donner comme argument la fréquente coexistence de fibromes et de troubles thyroïdiens. On sait que l'hystérectomie a une influence très nette sur les états thyroïdiens, et inversement on connaît la modification des hémorragies des fibromateuses par l'irradiation

sur la thyroïde, ce qui établit bien le rapport entre les fibromes et les états thyroïdiens.

Récemment dans sa thèse (Paris, 1935), Mme Sardin s'est attachée à débrouiller les liens qui unissent le fibrome au déséquilibre endocrinien. Elle a montré que non seulement l'ovaire et la thyroïde peuvent être mis en jeu, mais encore que d'autres glandes sont synergiquement liées à l'utérus. Ce sont l'hypophyse principalement, la surrénale, la glande mammaire. « Ces fibromateuses, dit Mme Sardin, sont sujettes à la migraine, aux nausées et aux vomissements, elles précisent que ces crises les prennent surtout à l'approche des règles, moment où la sécrétion glandulaire se fait plus intense. Elles se plaignent de troubles digestifs. Les digestions sont lentes et pénibles, l'appétit variable, inexistant ou exagéré. L'hypophyse, puissant excitant de la musculature lisse, apporte avec son trouble une hypotonie marquée. L'examen radiologique décèle dès ptoses gastrique et intestinale ». Ces divers faits permettent de penser que le fibrome peut provoquer un dérèglement endocrino-sympathique, mais il est prudent de ne pas trop s'avancer dans cette affirmation, et la sagesse nous paraît résider dans l'opinion suivante : sans nier un rapport de causalité entre ce dérèglement sympathique et les fibromes, nous pensons qu'il peut s'agir aussi de deux phénomènes indépendants coïncidant sur un même terrain qui serait également favorable à leur développement. Quoi qu'il en soit, on connaît d'une part la richesse de l'innervation sympathique des organes digestifs et de l'appareil cardio-vasculaire, et d'autre part la synergie fonctionnelle qui unit toutes les glandes à sécrétion interne, et l'on peut penser *a priori* que ce dérèglement endocrino-sympathique portera au maximum sur le fonctionnement de ces deux appareils.

Cette théorie endocrino-sympathique développée par Taccani est fort intéressante et repose sur des arguments sérieux. Elle contient une grande part de vérité, mais ne fait en somme que reculer le problème, car elle ne donne aucun renseignement sur la cause de ces troubles et ne fait qu'expliquer leur mécanisme. Ces questions sont du domaine encore touffu et mal exploré de l'endocrinologie et appellent de nouvelles recherches.

3. L'infection.

On a pensé que l'infection était la cause des troubles cardiaques et digestifs dans les fibromes.

Pozzi et les gynécologues de sa génération pensaient que la « dyspepsie utérine » était due à l'endométrite, aux résorptions toxi-infectieuses ayant pour point de départ la muqueuse utérine. Cette endométrite existe nettement dans les polypes et les fibromes sous-muqueux exposés, et elle est à l'origine d'une intoxication chronique se traduisant par le teint jaunâtre caractéristique de certaines fibromateuses et le petit état fébrile sur lequel a insisté Tixier (de Lyon). Enfin un autre argument important témoignant de la réalité de l'infection est la présence du streptocoque au niveau de la muqueuse de l'utérus fibromateux (Morice l'y a trouvé 12 fois sur 14 utérus examinés).

Cette infection provoquerait, par ses effets déglobulisants, par l'anémie qu'elle entraîne, des troubles cardiaques divers. Il est incontestable qu'il existe des cas d'anémie ne ressortissant manifestement pas à l'hémorragie, 5 % des cas d'après von Jaschke, cas dans lesquels il ne saurait y avoir d'autre cause que l'infection. En réalité, il y a certainement une bien plus grande proportion des cas dans lesquels l'hémorragie et l'infection combinent leurs effets. Mais il ne faut pas généraliser, car dans les fibromes non exposés l'endométrite est absente, et cette pathogénie ne s'applique qu'aux polypes et fibromes sous-muqueux exposés. Cotte a bien montré en effet que l'hyperplasie de la muqueuse rencontrée dans les fibromes n'avait rien d'inflammatoire et ne saurait lui être assimilée.

4. L'anémie hémorragique.

L'hémorragie, symptôme principal des fibromes, devait attirer l'attention des auteurs qui recherchaient la cause de ces troubles cardiaques et digestifs, et il était naturel d'accuser tout d'abord sa conséquence directe, l'anémie.

a) **L'anémie secondaire par hémorragie, cause de troubles cardiaques.** — De nombreux auteurs ont pensé que les troubles cardio-vasculaires résultaient de l'anémie causée par les

pertes sanguines répétées. En effet, depuis longtemps, on connaît le retentissement sur le cœur des anémies par hémorragie. Deux stades de réaction cardiaque s'observent après les hémorragies. Ces données physiologiques ont été particulièrement étudiées par l'école bordelaise (Pachon, Delaunay, Picqué, Jeanneney, Lacoste et Lartigau, etc...)

Première phase d'anémie compensée de Delaunay. — Les vaso-constricteurs entrent en jeu, le cœur s'hypertrophie et accélère ses battements. La spoliation sanguine est compensée.

Deuxième phase d'anémie décompensée. — Au bout d'un certain temps, il y a vaso-dilatation paralytique, le cœur forcé se laisse distendre et son débit décroît. Sa force contractile diminue et il se produit une véritable asystolie par anémie décompensée.

L'auscultation, la percussion, la téléradiographie et l'électrocardiographie ont montré les modifications successives du volume du cœur après les grandes hémorragies, et ont permis de voir qu'il existait un rapport net entre ces lésions cardiaques et les troubles d'anémie secondaire. Le retour à la normale après des transfusions répétées donne bien la preuve que l'anémie seule doit être accusée de la défaillance cardiaque et de ces troubles dans beaucoup de cas. Cependant nos statistiques (voir à la fin) donnent nettement l'impression que si l'anémie hémorragique entre pour une large part dans la production de ces troubles cardiaques, elle ne suffit pas à tout expliquer, et il est nécessaire de rechercher d'autres pathogénies chez les malades qui n'ont pas ou ont peu saigné.

b) **L'anémie secondaire par hémorragie, cause de troubles digestifs.** — M. le professeur Jeanneney, dans son article sur la méthode sclérosante dans les anémies d'origine hémorroïdaire (*Journ. de méd. de Bord.*, 10 mars 1936) a insisté sur la répercussion digestive des grandes hémorragies.

Dans les grands états anémiques par spoliation sanguine, nous avons observé régulièrement de la dyspepsie avec anorexie rebelle, de l'atonie digestive associée à de la lassitude et à de la dépression générales; on a donc le droit de s'attendre à une répercussion des plus sérieuses des hémorragies sur l'état digestif des fibromateuses.

Les statistiques de M. le professeur Jeanneney montrent qu'il y a une augmentation progressive de l'anorexie avec l'abondance des hémorragies. Pour la constipation et la dyspepsie le rapport est moins net, mais les hémorragies ne suffisent pas à tout expliquer, et ici encore il faut rechercher d'autres pathogénies, même pour les fibromes hémorragiques, et à plus forte raison pour ceux qui n'ont pas ou ont peu saigné.

5. **Nécrobiose et sphacèle.**

La nécrobiose et le sphacèle entraîneraient par résorption toxique des troubles cardiaques et digestifs.

Une de nos malades présentait des crises gastralgiques et de l'urticaire. Après l'ablation du fibrome sphacélé, ces troubles disparurent. Une autre présentait une anorexie rebelle avec météorisme, aigreurs, nausées, tous troubles qui guérirent après l'ablation du fibrome nécrobiosé.

De même la nécrobiose et le sphacèle pourraient jouer un rôle dans la déglobulisation par résorption toxique et la production des troubles cardio-anémiques qui en résultent, mais nos observations sont trop peu nombreuses et trop peu démonstratives pour que nous puissions en tirer argument.

B. — Notions pathogéniques spéciales aux troubles cardiaques dans les fibromes utérins : l'hypertension.

On a écrit parfois que le fibrome créait les lésions cardiaques par suite de l'hypertension qu'il provoque. Comment donc expliquer l'action du fibrome sur l'augmentation de la tension artérielle ? Trois hypothèses principales ont été élaborées.

1° **Théorie de la toxine myomateuse hypertensive.** — Nous avons discuté précédemment l'existence d'une toxine myomateuse. Cette toxine serait-elle douée de propriétés hypertensives ? (si du moins elle existe, car nous avons vu que rien n'était moins certain). S'il en était ainsi l'ablation du fibrome devrait faire baisser la tension. Or Vassitch n'a vu que sept fois baisser la tension artérielle sur 25 malades suivies plus

d'un an (28 %) et encore de façon modérée, sauf dans trois cas. Une fois cependant il a eu affaire à une grande hypertendue chez laquelle l'hystérectomie a amené une baisse brutale et durable de la tension. Par contre, il y a augmentation de la tension artérielle, dans tous les autres cas. Il semble donc que ce soit plutôt la suppression de l'utérus et des ovaires beaucoup plus que la suppression du fibrome qui agisse dans ce cas. Ces recherches mériteraient d'être reprises dans des cas de myomectomie isolée. Il faudrait également tenir compte de ce que Jeanneney et Tauzin ont appelé des « hypertensions déguisées » qui, chez les fibromateuses qui saignent, sont marquées par l'hypotension hémorragique, mais n'en existent pas moins dès avant l'opération.

2° **Théorie de la compression urétérale**. — Cette théorie explique l'hypertension par une compression des uretères retentissant sur les fonctions rénales et réagissant par contrecoup sur la circulation cardio-vasculaire. Vassitch d'après ses observations rejette cette hypothèse. Nous-même d'après les nôtres nous rangeons à ses conclusions.

3° **Théorie du « Barrage périphérique »**. — Le fibrome peut avoir une action mécanique, agir par sa masse, créer des troubles de compression, en particulier sur les gros vaisseaux de l'abdomen. M. le professeur Jeanneney a rapporté une observation fort intéressante d'une malade hypertendue, dont l'aorte abdominale était comprimée par un volumineux fibrome. L'ablation amena une syncope par décompression brusque. Vassitch croit ce mécanisme rare et n'a pas observé d'hypertension dans quatre cas de fibromes très volumineux; au contraire d'après nos observations, il y a un rapport très net entre le volume et les troubles cardiaques et nous pouvons retenir cette pathogénie au moins dans certains cas de tumeurs volumineuses.

C. Notions pathogéniques spéciales aux troubles digestifs dans les fibromes utérins ; la gêne mécanique.

Alors que la plupart des théories précédentes ont donné lieu à de vives discussions et restent encore en litige pour cer-

taines d'entre elles, la majorité des auteurs sont d'accord sur l'importance capitale de la gêne mécanique dans la production des troubles digestifs.

Son rôle est, en effet, évident : cette tumeur comprime le rectum et le gros intestin, gêne le transit intestinal, tiraille l'épiploon, irrite par sa présence et ses déplacements les riches plexus sympathiques en rapport avec les organes abdominaux. Il en résulte une constipation opiniâtre qui, d'après Forgue et Massabuau est à l'origine de troubles digestifs comparables à ceux des infections intestinales. Barnes estime lui aussi que bien des troubles généraux accusés par ces malades sont sous la dépendance de cette auto-intoxication d'origine intestinale, et la stercorémie qui en résulte entraîne la production de la dyspepsie et de l'anorexie. Ce fait est d'ailleurs général et la même pathogénie se retrouve en partie pour expliquer les troubles digestifs dans la grossesse ou dans les volumineuses tumeurs abdominales (kystes de l'ovaire, etc.)

En résumé, de cette étude pathogénique, se dégagent les notions suivantes :

Il paraît fort probable qu'il n'existe pas de toxine myomateuse responsable de ces troubles cardiaques et digestifs. Le dérèglement endocrino-sympathique dont parle Taccani paraît bien établi, mais aucun fait précis ne nous autorise jusqu'ici à l'attribuer à une sécrétion toxique encore hypothétique. Sans nier un rapport de causalité entre les fibromes et ce dérèglement endocrino-sympathique, on peut penser aussi qu'il s'agit de deux phénomènes indépendants, coïncidant sur un même terrain qui serait également favorable à leur développement.

Les résorptions infectieuses dues à l'endométrite, les résorptions toxiques dues à la nécrobiose et au sphacèle jouent un rôle incontestable, mais il convient de ne pas généraliser leur importance, et de limiter leur influence, pour l'infection, aux fibromes et polypes sous-muqueux exposés, pour la résorption toxique, aux fibromes sphacélés et nécrobiosés. L'hypertension joue un rôle certainement très important dans la production des troubles cardiaques, surtout semble-t-il par le mécanisme du « *barrage périphérique* » de Jeanneney.

L'anémie hémorragique intervient pour une bonne part dans la production des troubles digestifs, et en particulier dans la production de la dyspepsie atonique.

Mais les deux notions incontestables et admises par tous, sont l'importance d'une part de l'anémie secondaire par hémorragie dans la production des troubles cardiaques, et d'autre part l'importance de la gêne mécanique dans la production des troubles digestifs.

TRAITEMENT

Nous n'avons pas à envisager ici les avantages respectifs du traitement chirurgical et du traitement radiothérapique (bien exposé dans la thèse de notre ami le docteur Jean Barucq), mais à nous poser la question suivante : l'existence de troubles cardiaques ou digestifs chez une fibromateuse doit-elle influer sur le choix du traitement, et de quelle manière ?

Voyons tout d'abord dans quel cas on peut adopter un traitement radiothérapique. On sait que l'irradiation aux rayons X bien conduite se caractérise par l'arrêt des hémorragies, mais par le peu d'effet sur la diminution de volume du fibrome. De ceci découle logiquement cette première conclusion : quand l'examen minutieux de la malade nous aura donné la conviction que seule l'hémorragie est en cause dans la production de ces troubles et qu'ils ne relèvent pas d'autres pathogénies, nous pourrons, si nous y voyons par ailleurs des avantages, adopter un traitement radiothérapique. Tel est le cas où il y a une contre-indication opératoire nette, et aussi le cas très spécial de fibrome de diagnostic certain, pas très volumineux, interstitiel, se développant avant la ménopause, chez lequel on ne peut expliquer les troubles observés par d'autre pathogénie que l'anémie hémorragique. Dans toutes les autres éventualité, nous rejetterons les radiations, et nous n'oublierons pas qu'un fibrome avec troubles cardiaques ou digestifs est un fibrome compliqué qui nécessite l'intervention. En présence d'un fibrome avec troubles digestifs, nous devrons nous rappeler que la majeure partie de ces troubles proviennent de la gêne mécanique ou de l'irritation provoquée par le volume de la tumeur, lequel n'est nullement

influencé par les radiations, et cela devra faire préférer l'opération.

Quant aux troubles cardiaques, ils pourront relever d'une ou de plusieurs des pathogénies que nous avons indiquées, et là aussi il nous faudra faire preuve d'éclectisme. Très souvent nous serons en présence de syndromes particulièrement graves nécessitant l'application immédiate de thérapeutiques énergiques. M. le professeur Jeanneney et M. le docteur Magendie déclarent que, « souvent les accidents cardiaques, au cours des fibromes, au lieu d'être une contre-indication opératoire imposent la nécessité d'une thérapeutique urgente (transfusion et opération) » . En effet, loin d'être contre-indiquée par l'état de décompensation cardiaque, l'opération est au contraire à conseiller formellement, puisqu'elle suffit à elle seule à amener la disparition complète de tous les troubles et la guérison de l'asystolie, comme en font preuve de nombreuses observations. Cette opération devra bien entendu être faite après une préparation suffisante dont l'essentiel nous paraît devoir consister en quelques petites transfusions de 100 à 250 grammes, répétées à deux ou trois jours d'intervalle, associées à un traitement toni-cardiaque.

N° cas	Age	Volume et types	Abondance des hémorragies	Dyspnée	Palpitations	Vertiges	Troubles vaso-moteurs	Céphalées	Œdème	Hypos.	Résultats
1 - S ..	44	2	++	1	1	—	1 fourmillem.	—	1	—	bon
2 - S ..	50	2	+	1	1	1	1 bourdonnements oreilles	—	—	—	bon
3 - L ..	52	1 **Cancer du corps** + fibrome		—	1	1	1 crampe	—	—	—	bon
4 - B ..	36	3		1	1	1	a maigri ++ 1 b. de chal. fourmillem chang. caract.				bon
5 - C ..	48	2		0	1	0	—	—	—	—	bon
6 - D ..	44	2	—	—	—	—	—	—	—	—	bon
7 - D ..	42	4		1	1	—	1	1			bon
8 - A ..	45	2 inclus		1	1	1	1 crampes, fourmillem.				bon
9 - C ..	48	3 inclus (7 kg)		1	1	—	1 crampe	—	1+	—	très bon
10 - —..		2 sphacélé		1	—	—	—	—	—	—	guérie
11 - —..		2 sphacélé		—	—	0	—	—	—	—	—
12 - D ..		2	+	1	1	1	1 fourmillem. crampes	1	—	—	guérie
13 - R ..	34	2 bloqué		0	—	—	—	—	—	—	guérie
14 - D ..	45	3	+	1	—	—	—	—	—	—	guérie
15 - V ..		2 *bloqué*	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16 - R ..		3 lobe inclus		1	1	1++	1	—	—	—	bon
17 - A ..		2 inclus		1	—	1	—	1	—	—	assez bon (hémorr.)
18 - S ..		2 +		—	1	—	bourdonnem. d'oreilles	—	—	—	—
19 - T ..		2 sphacélé	++	1	1	—	crampes, doul bras gauche	—	—	—	phlébite
20 - R ..		2	+	1	1	1	—	—	—	—	guérie
21 - L ..	51	2 inclus	++	1	1	1	four., cramp.			asth.	guérie
22 - D ..	53	2 inclus rétr.		—	—	—	—	—	—	—	guérie
23 - R ..	40	2 inclus		1	1	1	fourmillem.	—	—	—	guérie
24 - L ..		3 libre		—	—	1	—	1	—	—	bon
25 - M ..	35	3	+	1	1 p. h.	1	crampes	1	—	—	non opér.
26 - H ..	41	— 2 bloq.	++	1	1	1	bourdonnem. d'oreilles	1 ++	—	—	suites médiocres
27 - N ..	45	2	+	1	1	—	—	—	vari.	—	bon
28 - M ..	34	— 3 doul.	+	1	1	—	—	—	—	—	bon
29 - C ..	40	— 2 bloq.		1	1	—	fourmillem.	—	—	—	+ bon
30 - F ..	45	— 2 *bloq.*		1	1	—	crampes	—	—	—	
31 - D ..	49	2 bloqué		0	1	-	—	—	—	—	bon
32 - C ..	53	4		1	—	—	angoisse	—	1	—	non opér.
33 - N ..	39	2 inclus	+	1	—	—	bourdonnem. d'or. crampe	—	1	—	très bon
34 - C ..	48	1	++	+	1	—	fourmillem.				Rad, t.bon
35 - D ..	48	3 doulour.		1	1	1	crampes	1	1	asth.	très bon
36 - B ..	51	2 bloqué		—	1	1	fourmillem.	—	—	asth.	bon
37 - C ..	35	3	+	1	1	—	fourmillem.				op. embol. bon
38 - D ..	30	3 doulour. (fibrome + gr. ?)	+	1	1	—	crampes	—	vari.	—	non op.
39 - D ..	40	2-3 doul. reins fesses		1	1	1	crampes	—	lég.	—	bon
40 - D ..	50	3 fib. dégénéré		—	—	—	—	—	—	—	décès 1 an ap. opér.
41 - L ..	45	4	0	1	1	—	—	—	—	—	bon
42 - P ..	40	3	0	1	—	1 — Comitial	fourmillem.	—	—	—	bon (hyper thyroïdie)
43 - P ..	44	4	+	0	0	0	0	+	0	—	bon
44 - L ..	45	2	+	0	0	0	0	+	0	0	bon
45 - M ..	42	2 bloqué		0	1	1	fourmillem.	0	0	0	non op.
46 - F ..	38	2 bloqué		1	1	1	crampes	—	—	—	a. b.(nerv.)

Cas	Age	Type du fibrome	Abondance des hémorragies	Troubles de l'appétit	Troubles de la digestion	Vomissements	Constipation	Résultats
1 - S ..		2	+ +	0	0	0	1	bon
2 - S ..		2	+ +	anorexie	0	0	0	bon
3 - L ..		1 cancer du corps et fibr.	+	anorexie	0	0	0	guérison
4 - B ..		3	+	0	0	0	const.	guérison
5 - C ..		2	+	—	—	—	const.	guérison
6 - D ..		2	+	—	—	—	—	guérison
7 - D ..		4	+	anorexie	difficile	vomiss.	const.	très amél. malgré éventr.
8 - A...	45	2 inclus	+	anorexie	dif., brûlures, renvois, gaz, crampes	nausées	const.	bon
9 - C ..	48	3 inclus	+	anorexie	gêne dig.	—	const. gêne +	guérie
10 - F ..	47	2 sphacélé	+	an. légère	gêne dig.	—	—	
11 - C ..	44	2	+	—	—	—	diarrhée	?
12 - D ..	53		+ +	anorexie	—	—	const.	reste cons. appétit revenu
13 - R ..	34	2 bloqué	+	—	—	—	—	—
14 - D ..	45	3	+	anorexie	tr. digest.	vomiss.	const.	guérie
15 - V...	47	2 bloqué	+	anorexie	—	—	const.	tr. bon
16 - R ..	45	3 bloqué inclus	+	—	—	—	—	tr. bon
17 - A...	35	inclus	+ +	—	—	—	const.	assez bon
18 - S ..		2						
19 - T ..	45	2 sphacélé	+ +	—	—	—	—	phlébite
20 - R ..		2	+	—	vert., dyspepsie	—	const.	guérie
21 - L ..		2 inclus	+ +	—	—	—	diarrhée	guérie
22 - D ..	53	2 inclus rétrov.	+	—	—	+	poids sur anus	?
23 - R ..	40	2 inclus (opéré) par morcellem.	+	0	lente	0	0 poids sur anus dep. 1 an	bons
24 - L ..	45	3	+	0	0		const.	bons
25 - M ..	35		+ +	0	a. b.	0	0	non op.
26 - H ..	41	2 très bloqué, 1 opér. diffic.	+	capric. d. tt. temps	0	0	lég. const.	céphal. n. modifiée
27 - N ..	45	2	+ +	a. b.	0	0	0	bon
28 - M ..	34	3	+ +	anorexie	0	0	0	très bon
29 - C ..	40	2 bloqué +	+	anorexie	a. b.	0	gr. const.	très bon
30 - F ..	45	2 bloqué	+ +	anorexie	a. b.	vomiss.	const.	non op.
31 - D ..	49	2 bloqué, rétroversé	+	anorexie de tout temps	0	0	const.	bon
32 - C ..	53	4	+	0	0	0	—	non op.
33 - N ..	39	2 inclus	+ +	anorexie	0	0	const.	bon
34 - C ..	48	1	+ +	0	0	0	0	radium, t. bon
35 - D ..	48	3 douloureux	+	anorexie	—	—	const.	très bon
36 - B ..	51	2 bloqué	+	anorexie	dyspeps.	—	const.	bon
37 - C ..	35	3	+ +	—	—	—	const.	b. (ap. embolie)
38 - D ..	30	3 douloureux	+	—	—	—	const.	n. op. (fib. + gross.)
39 - D ..	40	2-3 douloureux	+	—	—	—	const.	b. mais tr. dig. + +
40 - D ..	50	3 fibr. dégénéré	+	anorexie	dyspeps.	—	sub. occl.	décès 1 an ap. opér.
41 - B ..	45	4	0	—	—	—	diarrhée	bon
42 - P ..	40	3	0	0	0	0	0	bon
43 - P ..	40	4 (5 kg. 500)	+ +	0	0	0	0	bon
44 - L ..	45	2	+ +	anorexie	0	0	0	bon
45 - M ..	42	2 bloqué	+	anorexie	a. b.	0	const.	non op.
46 - F ..	38	2 bloqué	+	0	poids sur l'estomac	—	—	a. b. (nerveuse)

Observations relatives aux rapports entre l'anémie secondaire par hémorragie et les troubles cardiaques.

1° *Statistique de Arknnsky portant sur les lésions cardiaques.*

Premier lot de 51 cas sans anémie. — Dans ce lot Arknnsky observe 25 fois des lésions cardiaques soit 50% (6 myocardites, 4 cœurs gras, 15 scléroses aortiques, dont 6 associées à la myocardite).

Deuxième lot de 45 cas avec anémie. — Dans ce lot Arknnsky observe 17 fois des lésions cardiaques, soit 37%.

Conclusions. — Ces observations montrent qu'il y a dans ce cas davantage de lésions cardiaques (50 % contre 37%) dans les fibromes sans hémorragie que dans ceux avec hémorragie. Cette statistique semblerait donc démontrer que l'anémie ne paraît pas être la cause de ces lésions cardiaques dans les fibromes.

2° *Statistique du professeur Jeanneney portant sur les troubles fonctionnels et les signes périphériques* (dyspnée, palpitations, vertiges, troubles vaso-moteurs, céphalées œdème, etc..,).

Hémorragie très abondante (++), 16 cas = 14 troubles cardiaques, 87,5%

Hémorragie de moyenne importance (+), 28 cas = 16 troubles cardiaques, 57%

Pas d'hémorragie (0), 2 cas = 0 troubles cardiaques, 0%

Conclusions. — Cette statistique nous montre que la fréquence des troubles fonctionnels cardiaques augmente avec l'abondance des hémorragies. L'anémie paraît être ici la cause de ces troubles cardiaques fonctionnels et périphériques.

3° *Statistique du professeur Jeanneney portant sur les troubles fonctionnels cardiaques dans les cancers du col.*

Hémorragies très importantes (++), 26 cas = 9 troubles cardiaques, 34,6%

Hémorragies de moyenne importance (+), 23 cas = 16 troubles cardiaques, 69,5%

Petites pertes sans hémorragie (0), 6 cas = 4 troubles cardiauqes, 66,6 %.

Conclusions — Il y a donc une différence nette entre le retentissement cardiaque des hémorragies chez les fibromateuses et chez les néoplasiques, puisque dans les cancers du col, la fréquence des troubles fonctionnels cardiaques n'est nullement proportionnelle à l'abondance des hémorragies. L'anémie ne paraît pas être ici la cause de ces troubles fonctionnels cardiaques.

Conclusions générales. — Les lésions cardiaques dans les fibromes, d'après les statistiques d'Arknnsky ne semblent pas provoquées par l'anémie hémorragique. Les troubles fonctionnels cardiaques, d'après les statistiques du professeur Jeanneney, semblent provoqués par l'anémie, alors que dans les cancers du col ils paraissent relever d'une autre origine.

Observations relatives aux rapports entre l'anémie secondaire par hémorragie et les troubles digestifs.

Statistique n° 1.

Abondance des hémorragies	*Constipation*	*Anorexie*	*Dyspepsie*
Grandes hémorragies (16 cas)	7 (43,7 %)	7 (43,7 %)	0 (0 %)
Hémorragies peu importantes (28 cas).	17 (60 %)	12 (42,8 %)	9 (32,8 %)
Pertes minimes (2 cas).....	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Conclusions. — Ces observations semblent montrer qu'il y a une augmentation progressive de l'anorexie avec l'abondance des hémorragies. Pour la constipation et la dyspepsie, le rapport est moins net, mais les hémorragies ne suffisent pas à tout expliquer.

Statistique n° 2.

Fibromes et cancers ayant des hémorragies de même abondance	*Constipation*	*Anorexie*	*Dyspepsie*
Fibromes hémorragiques (44 cas)	24 (54,5 %)	19 (43 %)	9 (20,4 %)
Cancers du col (24 cas)	7 (29 %)	3 (12,5 %)	1 (4,5 %)

Conclusions. — Cette statistique montre que la constipation, l'anorexie, la dyspepsie sont nettement plus fréquentes dans les fibromes que dans les cancers du col (2 fois plus pour la constipation, 3 fois plus pour l'anorexie, 4 fois plus pour la dyspepsie). Or nous avons choisi des cas de fibromes et de cancer du col ayant présenté des hémorragies de même importance. Donc l'anémie par hémorragie n'explique pas la prédominance de ces troubles dans les fibromes et d'autres pathogénies doivent être recherchées

Observations relatives aux rapports entre la gêne mécanique dans les fibromes et les troubles digestifs.

	Fibromes bloqués, inclus ou volumineux : 30	*Fibromes peu volumineux et libres* : 16
Constipation	19 (63,3 %)	5 (31 %)
Anorexie	13 (43,3 %)	6 (37,5 %)
Dyspepsie	7 (23,3 %)	2 (12,5 %)

On peut dire d'une autre façon que parmi les 24 cas de constipation que nous avons observés, 19, soit près de 80%, ont été rencontrés dans des cas de fibrome bloqué, inclus ou volumineux. Il s'agit donc surtout d'une constipation d'origine mécanique.

Sur 19 cas d'anorexie, 13 fois elle coïncidait avec un fibrome bloqué inclus ou volumineux, soit dans 68,4 % des cas. Il y a donc un rapport manifeste entre la gêne mécanique et l'anorexie. Mais il faut remarquer que ce rapport s'explique en grande partie par la coïncidence habituelle de l'anorexie et de la constipation (14 fois sur 19 soit 73,6%). Donc la gêne mécanique semble provoquer l'anorexie secondaire par l'intermédiaire de la stercorémie dans les trois-quarts des cas environ.

Sur 9 cas de dyspepsie, 7 fois il y avait coexistence d'un fibrome bloqué, inclus ou volumineux, soit dans plus de 70%.

des cas. Donc la dyspepsie marchait de pair avec la gêne mécanique occasionnée par le fibrome. Cela n'est pas pour nous étonner, car de même que l'anorexie, la dyspepsie est en relation directe avec la constipation.

Les 9 cas de dyspepsie correspondent 7 fois à des constipations marquées, soit plus de 70%. On peut donc dire de la dyspepsie, comme de l'anorexie qu'elle est pour une large part la conséquence de la stercorémie.

Observations relatives aux rapports entre la gêne mécanique dans les fibromes et les troubles digestifs.

La gêne mécanique dans les fibromes est une pathogénie qui se retrouve en partie pour expliquer les troubles digestifs dans la grossesse ou dans les volumineuses tumeurs abdominales comme par exemple les kystes de l'ovaire. La statistique suivante portant sur quatre cas de kystes de l'ovaire volumineux récemment opérés en est une preuve :

Cas	Age	Type du kyste	Troubles de l'appétit	Digestion	Vomissements	Constipation	Résultats
1-X.	50	Enorme kyste mucoide de 17 kilogs.	0	Très pénible	Nausées	0	T. B.
2-X.	70	Epith. ovaire 3 litres	Anorexie	Pénible	—	Const.	B.
3-X.	27	Enorme kyste mucoide de 8 l. 500	0	Pénible	—	Const.	T. B.
4-M.	00	Enorme kyste mucoide	0	Très pénible	Nausées	Const.	T. B.

Sur ces quatre cas il y a donc :

3 cas de constipation, soit 75 %.
1 cas d'anorexie, soit 25 %.
4 cas de dyspepsie, soit 100 %.

Mais cette statistique est trop restreinte pour être significative et pour être comparée point par point à notre statistique de fibromes. Retenons-en simplement la fréquence de la constipation et de la dyspepsie dans ces tumeurs volumineuses, ce qui prouve bien le rôle joué par la gêne mécanique dans la production de ces troubles digestifs, quelle que soit la nature de la tumeur.

Troubles digestifs et résorption toxique dans les fibromes sphacélés et nécrobiosés.

Cette hypothèse logique, mais ne s'appliquant qu'à un petit nombre de cas se trouve vérifiée, autant qu'on en puisse juger, par notre statistique bien modeste.

Fibromes sphacélés ou nécrobiosés	*Constipation*	*Anorexie*	*Dyspepsie*
3 cas	1	2	2

Troubles digestifs dans les fibromes, les annexites, les cancers du col.

Il peut être intéressant d'étudier la fréquence relative de ces troubles digestifs dans le fibrome par rapport à celle que l'on peut observer dans les autres affections gynécologiques, en comparant nos 46 cas de fibrome à 20 cas d'annexite avec hémorragie d'une part et à 24 cas de cancers du col hémorragiques d'autre part.

	Constipation	*Anorexie*	*Dyspepsie*
Fibromes (46 cas)	24 (59 %)	19 (41 %)	9 (9,5 %)
Annexite (20 cas)	16 (80 %)	6 (30 %)	2 (10 %)
Cancer du col (24 cas)	7 (29 %)	3 (12,5 %)	1 (4,5 %)

Les cas que nous avons choisis, présentaient tous des hémorragies d'abondance à peu près équivalente. Si les hémorragies étaient la seule cause de ces troubles digestifs, ces derniers devraient être de fréquence à peu près identique. Or nous voyons qu'il n'en est rien. Ils sont nettement moins fréquents dans les cancers du col et de fréquence à peu près identique dans les fibromes et les annexites à forme hémorragique. Cette différence et cette analogie montrent que l'hémorragie ne suffit pas à tout expliquer, et que d'autres pathogénies doivent être recherchées dans la production de ces troubles digestifs.

	Constipation	*Anorexie*	*Dyspepsie*
Petits fibromes hémorragiques sans troubles de compression (16 cas)...	5 (31 %)	6 (37,5 %)	2 (12,5 %)
Cancers du col hémorragiques (24 cas).	7 (29 %)	3 (12,5 %)	1 (4,5 %)

Cette comparaison entre fibromes sans troubles de compression, et cancers du col analogues au point de vue des hémorragies qu'ils occasionnent montre qu'il y a une plus grande fréquence, semble-t-il, de la dyspepsie et de l'anorexie dans les fibromes. Ici le volume et l'hémorragie n'interviennent pas. C'est l'étude de cas semblables qui a pu faire admettre à certains auteurs l'existence d'une toxine ou d'un déséquilibre endocrino-sympathique.

Fibrome avec asystolie.

(*Observation de M. le Dr Magendie*, Bordeaux Chirurgical, *séance du 27 février* 1936.)

M. le Dr Magendie est appelé en consultation, le 13 août 1934, par deux médecins auprès d'une femme de 51 ans qui est dans un état tout à fait alarmant. L'un la croit atteinte d'anémie pernicieuse, tandis que l'autre pense à une hémogénie fruste à manifestation utérine.

Elle est dans un état de faiblesse extrême, anhélante, dyspnéique. Teint cireux. Un peu de fièvre tous les soirs. Pouls mou, absolument arythmique, battant parfois de façon précipitée. Chevilles enflées. Pointe du cœur abaissée et déplacée à gauche. Bruits complètement modifiés, assourdis, rapides et arythmiques, avec des souffles variables comme intensité et localisation.

Une numération globulaire a été pratiquée indiquant une anémie considérable avec diminution de l'hémoglobine. Lymphocytose légère avec polynucléose. Temps de saignement de une minute et demie. Temps de coagulation normal. Epreuve du lacet négative. L'interrogatoire apprend que depuis la naissance de son fils, il y a vingt-trois ans, cette femme a eu des règles plus fortes qu'autrefois et qu'elle est même réglée souvent deux fois dans le même mois. Depuis deux ans, elle présente de véritables hémorragies, et, il y a un an environ, elle perd du sang de façon presque continue, ne reconnaissant même plus ses règles. Progressivement la malade est devenue de plus en plus faible, essoufflée au moindre effort avec des palpitations et un état subfébrile presque continuel. Tous les traitements antihémorragiques, antianémiques et antiinfectieux sont restés sans effet. Cependant, cette femme précise qu'elle ne saignait pas plus facilement que d'autres fois, elle n'a pas d'habitude d'hémorragies nasales ou autres, elle n'a pas eu sans raison d'ecchymoses ou d'hémorragies sous-cutanées. On ne trouve aucune trace de purpura ou de pétéchies sur ses téguments. Le palper abdominal ayant été négatif, le Dr Magendie pratique un toucher qui montre un utérus un peu gros et un peu plus consistant que normalement, avec, semble-t-il, une bosselure en un point. On ne pratique pas d'examen au speculum à cause de l'état de fatigue extrême de la malade. Dans ces conditions, le Dr Magendie élimine le diagnostic d'endocardite maligne qui cadre mal avec cet état subfébrile régulier, et celui d'anémie pernicieuse, puisqu'il trouve dans ces hémorragies si importantes, une cause très suffisante à son anémie. Il rejette facilement aussi l'hémogénie dont la malade n'a pas les caractères hématologiques. Se basant sur le caractère ménorragique des pertes sanguines du début et sur les constatations actuelles au niveau de l'utérus, il porte le diagnostic d'utérus fibromateux hémorragique avec asystolie secondaire, et il conseille l'opération après une préparation suffisante. Transportée à la maison de santé, la malade est

préparée pendant une dizaine de jours (Anthéma, Hépatrol, etc...). Elle subit trois transfusions, à deux jours d'intervalle, de 100 à 250 grammes. A la deuxième, elle fait une poussée thermique à 39°, avec réaction urticarienne au niveau des injections d'anthéma. On la trouve ensuite suffisamment remontée le 21 août 1934 pour pratiquer une hystérectomie subtotale rapide. On trouve un polype fibreux pédiculé en battant de cloche implanté près du fond utérin, dans un utérus atteint de sclérose hypertrophique. La bosselure perçue était due à la rondeur du polype qu'on devinait à travers la paroi. A sa sortie de la clinique, vingt jours après, cette femme allait déjà beaucoup mieux. Son cœur s'était régularisé et les souffles avaient disparu. Revue plusieurs mois après, elle était méconnaissable. Son teint était excellent. Elle n'avait plus de fièvre. Le cœur était redevenu normal, et elle avait repris son activité d'autrefois.

Commentaire. — Quel est l'intérêt de cette observation? Elle nous montre qu'il est bon de ne pas perdre de vue la notion du retentissement du myome sur l'appareil cardio-vasculaire pour éviter dans certains cas de parler d'anémie pernicieuse, d'endocardite maligne ou d'hémogénie fruste, en présence d'un tableau clinique analogue à celui de cette observation. Cette observation illustre les faits bien établis par l'Ecole bordelaise (Pachon, Delaunay, Jeanneney, Lacoste et Lartigaut) du retentissement cardiaque des hémorragies (1er stade d'hypertrophie cardiaque et tachycardie de compensation, 2e stade de dilatation cardiaque, diminution du débit et de la force contractile : asystolie par anémie décompensée de Delaunay) observation à rapprocher de celle de Brandmann. A noter que la résorption infectieuse a pu jouer un rôle de second plan (fièvre, infiltration de la muqueuse utérine).

Observation de Brandmann (de Chicago).

Cas de fibrome utérin avec défaillance cardiaque, anémie et œdème (« Fibromyoma case with cardiac failure, anemia and edema », *Arch. int. med.*, 50.306.316, aug. 1932.)

(*Traduction personnelle.*)

Histoire de la malade. — Mrs. C. V., âgée de 39 ans, ménagère, fut vue pour la première fois le 10 août 1930 au Albert Merrit

Billings Hospital. Antécédents personnels et héréditaires sans importance. Trois grossesses et délivrances normales. Les troubles actuels semblent avoir commencé à la fin de la troisième grossesse, il y a huit ans. Les règles, normales avant le commencement de cette grossesse, devinrent progressivement plus abondantes à chaque période menstruelle et pendant le mois qui précéda l'admission à l'hôpital, des gorgées de sang sortant du vagin accompagnaient chaque effort de défécation. A une période plus avancée, on estimait que chaque fois la malade perdait ½ litre de sang (pint = pinte, chopine, 57 centilitres). Il en résulta une faiblesse progressive, accompagnée de dyspnée, une sensation de pesanteur douloureuse dans la moitié gauche antérieure du thorax, et une tachycardie perçue par la malade. Ces troubles se manifestèrent tout d'abord lors des efforts légers, mais pendant les trois jours précédant l'admission, ils survinrent spontanément et furent assez sévères pour exiger un séjour absolu au lit. Ils devinrent persistants et il apparut un gonflement progressif des jambes, des paupières et du bras droit. Depuis longtemps, on avait informé la malade qu'elle était atteinte d'anémie, et elle avait reçu fréquemment des injections intraveineuses de solutions salées, ferrugineuses, sans aucun soulagement.

Examen. — La malade se présente assise sur le lit, respirant rapidement et avec effort. On voit un œdème étendu, siégeant principalement au niveau des téguments fins de la face (région périoculaire), du bras droit, de la région lombaire et des jambes. On remarque un exsudat gingival et des caries dentaires. La percussion de la base du poumon droit révèle de la submatité. A l'auscultation, on trouve dans cette région de l'obscurité respiratoire, des râles crépitants et de gros râles. Le choc cardiaque se propage dans la partie antérieure de l'aisselle gauche, et est senti dans le cinquième espace intercostal. Un murmure systolique bruyant et rude est entendu continuellement dans la région de l'apex. La pression systolique est de 160 mm. de mercure, la pression diastolique de 80 mm. de mercure. La palpation de l'abdomen révèle la présence d'une masse ovoïde quelque peu fixée, noduleuse, ferme et sensible se projetant à 10 centimètres au-dessus de la symphyse du pubis. Cette masse se montre comme faisant partie intégrante de l'utérus. On remarque une anémie secondaire avec leucopénie (variations dans l'examen hématologique durant le cours de la maladie), une urine albumineuse

de basse concentration, une diminution du taux des protéines du plasma sanguin et un pouvoir de concentration des reins abaissé (mesuré par la faculté de clarifier le sang de son urée), lors du premier examen de laboratoire. On pratiqua une téléradiographie qui montra un cœur augmenté généralement de volume d'une façon considérable, avec une image caractéristique de rétrécissement mitral. Il y avait un abaissement général de la courbe électrocardiographique par diminution d'amplitude. La température avant l'opération variait entre 99 et 101 degrés Farenheith, mais une fois, elle s'éleva jusqu'à 102°5 F. Le pouls battait entre 99 et 140, les mouvements respiratoires étaient de 22 à 40 par minute. Ces trois symptômes variaient en fonction directe de l'évolution de la maladie.

Diagnostic. — Le diagnostic porté fut celui de fibrome de l'utérus volumineux, saignant et peut-être infecté, accompagné de rétrécissement mitral, avec hypertrophie et dilatation cardiaque, anémie sévère, œdème généralisé (hydrothorax à droite) infection buccale sévère, glomérulonéphrite chronique, endocardite et septicémie.

Les 14, 16, 23 et 24 août, on fit à la malade des transfusions de 680, 800, 750 et 850 centimètres cubes de sang citraté, sans aucun incident, sauf un court frisson. Le 17 août, la dyspnée et les autres malaises avaient disparu. L'œdème disparut rapidement. La diurèse devenait abondante. Le taux des protéines du plasma, le degré du pouvoir de concentration rénale et des échanges urinaires revinrent plus lentement à l'état normal. Quoique le nombre des hématies et le taux de l'hémoglobine fussent à peu près normaux la dernière semaine d'août, la leucopénie était encore présente. Une légère décroissance du volume du cœur fut observée à la téléradiographie, une augmentation d'amplitude du tracé électrocardiographique fut constatée.

Opération. — Le 27 août, le Dr F. L. Adair fit une hystérectomie supravaginale et une salpingo-ovarectomie bilatérale sous anesthésie locale combinée à l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. On n'eut guère plus de difficultés techniques que d'habitude, un peu plus cependant. Les suites post-opératoires furent paisibles et sans incident. La malade fut exéatée le 10 septembre fortement améliorée. Elle aurait pu, à ce moment-là, recommencer à marcher, mais on préféra lui conseiller une sérieuse cure de repos.

Suites. — La patiente revient successivement quatre fois pour être surveillée, le 10 novembre 1930, le 9 janvier, le 27 février et le 25 septembre 1931. Progressivement, elle recouvra une excellente santé. Elle pouvait comme jadis vaquer à ses occupations ménagères. Le taux des hématies était normal lors des deux dernières visites. Toutes les dents avaient été extraites et remplacées par un appareil de prothèse. La limite droite du cœur était revenue derrière le bord droit du sternum, et la limite gauche était entre 9 cm. et 9 cm. 5 de la ligne médiosternale, dans le cinquième espace intercostal. A la dernière visite, le bord gauche du cœur était à 8 cm. 5 de la ligne médiosternale. Les murmures râpeux systoliques étaient toujours entendus dans les régions apicale et aortique, mais ils étaient bien moins forts qu'auparavant. Des séries de téléradiographie furent pratiquées et montrèrent un cœur de volume décroissant, se rapprochant de la normale, mais jamais entièrement normal. L'électrocardiographie montrait une augmentation progressive d'amplitude du tracé. Lors de son dernier retour, la malade mentionna qu'elle avait remarqué une tendance à l'accélération du rythme cardiaque survenant à l'occasion des exercices et spontanément.

Examen anatomo-pathologique. — L'utérus mesurait à l'opération 11 centimètres d'épaisseur, 17 centimètres de haut et 15 centimètres de large. Il était symétriquement élargi, globuleux et contenait un fibromyome sous-muqueux, aux parois épaisses, en forme d'œuf et pédiculé, mesurant environ 10 centimètres dans ses divers diamètres, et atteint de lésions nécrotiques et hémorragiques. Au microscope, on voyait de l'œdème, de la dégénérescence hyaline des fibres contractées et un dépôt considérable d'un épais tissu connectif collagène dans la substance du fibrome.

Résumé du Commentaire de Brandmann et Conclusions.

La rapide amélioration des symptômes après des transfusions répétées et le rétablissement consécutif du taux des hématies à l'état normal, est un argument incontestable que l'anémie seule était responsable de la défaillance cardiaque. La dilatation cardiaque diminua rapidement quand l'anémie disparut. L'augmentation d'amplitude du tracé électro-

cardiographique doit être interprétée comme due à une meilleure oxygénation du myocarde. L'œdème a une origine complexe. Il est directement attribuable à la défaillance cardiaque, à l'insuffisance rénale, à la circulation défectueuse, et à la déficience des protéines plasmatiques secondaire à la perte de plasma par hémorragie. D'autres facteurs doivent avoir influencé la maladie de la patiente, comme la sévère infection dentaire et la suppuration étendue de la tumeur.

On voit que la défaillance cardiaque disparut rapidement et presque complètement, à la suite du traitement de l'anémie par les transfusions et après l'opération.

L'anémie lèse le myocarde, provoque par phénomènes de compensation une augmentation du débit par minute et une dilatation des cavités, et enfin quand survient la période de décompensation, complète l'insuffisance myocardique. L'importance de la déficience plasmatique des protéines dans la pathogénie de l'œdème a été indiquée. Il n'existe pas de preuve que le fibromyome de l'utérus puisse directement léser le cœur. (Nous voyons par ce dernier point que Brandmann n'admet pas l'existence d'une toxine.)

Observations dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Broustet.

Mme B..., 44 ans, gros fibrome. Aucun trouble fonctionnel cardiaque. Aucun antécédent à retenir. Examen clinique du cœur : Rythme à 90, régulier. Bruits normaux. Tension artérielle : 14-9. Orthodiagramme. Cœur normal (petit). Electrocardiogramme : normal. — Conclusions : appareil circulatoire normal.

Mme L..., 55 ans, volumineux fibrome remontant jusqu'à l'ombilic. A brusquement augmenté depuis quatre mois. A provoqué deux hémorragies, l'une importante, il y a trois ans, l'autre minime, il y a un mois. Pas d'autres troubles de cet ordre. Coliques hépatiques. Parfois, légères palpitations et petit essoufflement à l'effort, très minime. Aucun antécédent à retenir.

Examen clinique : cœur à 90, régulier. Le premier bruit est un peu prolongé. Tension 16-10. Rien par ailleurs à l'examen complet. —

Examen radiologique : cœur de forme et de dimensions normales. Electrocardiogramme normal. — Conclusions : appareil circulatoire normal.

Ces deux observations résumées, dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Broustet qui a bien voulu nous les communiquer, et que nous tenons ici à remercier, montrent que dans certains cas, de volumineux fibromes peuvent ne s'accompagner d'aucun trouble cardiaque notable. Elles montrent également qu'il faut se garder de généralisations hâtives, et qu'il ne faut pas appliquer à l'ensemble des cas des notions qui ne sont valables que pour certains.

Ces deux observations sont les premières d'un nouveau travail, de longue haleine, que M. Jeanneney commence en collaboration avec M. Broustet.

Désormais, M. Broustet prendra systématiquement l'électrocardiogramme de chaque femme opérée de fibrome par M. Jeanneney, et il est certain que ces recherches portant sur de nombreux cas examinés pendant plusieurs années, apporteront des enseignements nouveaux fort intéressants. Nous regrettons pour notre part de ne pouvoir nous associer à ces recherches. Disons par la même occasion qu'il serait intéressant de reprendre les expériences d'injections d'extraits de fibromes à des animaux afin, si possible, de pouvoir fixer une fois pour toutes les idées sur l'existence ou la non-existence de la toxine myomateuse. Nous avions pensé seconder M. le professeur Jeanneney dans ces recherches, mais il a été impossible de les entreprendre en ce moment à Bordeaux, car certains détails de technique et d'organisation nous en ont empêchés. Signalons donc, dans ces deux voies, l'utilité de nouvelles recherches.

Observation prise dans le Service de M. le Professeur Guyot.

Fibrome multilobé calcifié simulant un cancer gastrique avec tumeur de Krükenberg, métastase vertébrale et anémie sévère.

Mme L. J..., âgée de 75 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 21 janvier 1936 (salle 32, lit 12), parce qu'elle souffre de l'estomac.

Histoire de la maladie. — Le début des accidents remonte à dix ans environ. La malade fut alors prise peu à peu de douleurs à l'épigastre. C'étaient des douleurs continues qui prenaient la malade dès son réveil, douleurs ressemblant à une torsion, s'irradiant des deux côtés dans la région lombaire et dans le dos, augmentées à la suite des repas. L'appétit semble à ce moment conservé, bien que la malade appréhende de manger pour ne pas augmenter ses douleurs. Pas de diarrhée ni de constipation. Pas d'atteinte marquée de l'état général.

Dans une deuxième période, qui a débuté il y a cinq ans, les douleurs persistent sans rythme, la malade a commencé à présenter des vomissements; vomissements très précoces, survenant immédiatement après les repas, sans effort, et uniquement constitués d'aliments non digérés. L'appétit était encore conservé. Pas de constipation. L'état général commençait à être légèrement atteint. La malade commençait à être en état de sous-alimentation.

Enfin, depuis décembre 1934, les troubles se sont accusés nettement. Les douleurs violentes, continues, comparables à un sentiment de pesanteur douloureuse, se sont accrues avec des irradiations très marquées dans le dos et dans l'épaule. Violentes surtout pendant le jour, elles empêchent parfois la malade de dormir. Les vomissements sont très fréquents, parfois très précoces, parfois se produisant quatre ou cinq heures après les repas, alimentaires et bilieux. Pas d'hématémèses. Ces vomissements ne calment pas les douleurs. A cette période, il y a une perte totale d'appétit.

Examen le 22 janvier 1936. — On se trouve en présence d'une malade très affaiblie, très amaigrie, ayant un teint jaune paille absolument caractéristique. Au niveau de l'estomac, on ne note aucune tumeur. La palpation est douloureuse au niveau de l'épigastre. On ne réveille par la percussion aucun mouvement péristaltique. L'estomac n'est pas distendu. Le foie a un volume normal, sans bosselures. L'abdomen présente une paroi très relâchée, dénotant une ptose considérable.

Appareil cardio-vasculaire. — Maxima, 14. Minima, 4. Indice, 1,5. A l'auscultation : souffle systolique léger, dédoublement du 2e bruit. Formule hémoleucocytaire : hémoglobine, 65 %. Hématies, 2.685.000. Leucocytes, 5.500. (Poly, 77 %. Lympho, 14 %. Mono, 8 %. Eosino, 1 %.)

Appareil pulmonaire. — Diminution générale du murmure vésiculaire. On note la transmission très nette de la voix chuchotée dans l'espace inter-scapulo-vertébral.

Toucher vaginal. — Col normal un peu abaissé. Utérus un peu gros, régulier, mobile, antéfléchi. Du côté droit, on sent une masse régulière, mobile, dure. Une autre masse du côté gauche, symétrique par rapport à la première et un peu plus postérieure qu'elle.

Toucher rectal. — Au bout du doigt, infiltration périrectale.

Appareil osseux. — La percussion du rachis réveille une douleur localisée au niveau de D5.

Appareil ganglionnaire. — Absence de ganglions cervicaux, de ganglions sus et sous-claviculaires.

Diagnostic. — Le diagnostic porté est celui de néoplasme gastrique avec métastase aux ovaires (tumeurs de Krükenberg) et à la 5e lombaire, accompagné d'une anémie sévère.

Opération. — L'opération est décidée et a lieu le 4 février 1936. Opérateurs : docteurs Courriades et de Lostalot. On aborde l'estomac et on constate qu'il n'est pas malade et ne présente aucune lésion. Laparotomie sous-ombilicale. Epiploon collé aux organes du petit bassin. Résection de cet épiploon. On constate l'existence d'un fibrome multilobé calcifié en un point et absorbant toute la masse utérine. Hystérectomie totale. Mise en place d'un Mickulicz pour écourter l'intervention. Fermeture aux fils de bronze. Durée de l'opération : 20 minutes. Sérum isotonique, 500 grammes. Strychnine, 5 milligrammes.

Suites. — Excellentes. Les troubles gastriques ont disparu, l'appétit est revenu. L'examen du sang le 2 mars 1936, montre un relèvement de la formule hémoleucocytaire (Hb. 70 %. Hématies, 3.242.000. Leucocytes, 12.000), n'atteignant cependant pas encore la normale. La malade reste encore un mois et demi à l'hôpital. On ne pratique plus d'examens de laboratoire, mais son état général s'améliore progressivement et très vite. Elle reprend de l'embonpoint, son visage se colore, son appétit est complètement revenu, elle se lève et rend des services dans la salle où elle se trouve, et est exéatée le 18 avril en excellent état.

Observation d'une malade opérée par M. le Professeur Jeanneney à la Clinique Saint-Augustin.

Volumineux fibrome avec hémorragies et état général très grave. Transfusion. Hystérectomie. Suites excellentes.

Mme X..., 44 ans, institutrice, entre d'urgence, le 15 novembre 1937, à la Clinique Saint-Augustin.

Histoire de la malade. — Réglée à 11 ans. Vers 12 ans, atteinte de rhumatisme articulaire aigu caractérisée par un gonflement douloureux des articulations des genoux et des chevilles, avec température élevée. Rien à signaler du côté du cœur. Six ans après, entrée à l'Ecole Normale. Visite médicale sévère. On ne trouve rien d'anormal. L'année suivante, elle tombe malade, et le docteur consulté déclare à la malade qu'elle est atteinte d'une maladie de cœur, sans autre indications. La malade se rappelle qu'elle avait une grande lassitude, une dyspnée prononcée au moindre effort, mais pas au repos. Des palpitations, pas de douleurs. Ces accidents s'amendent progressivement. A 24 ans, elle se marie, a deux enfants normalement et une fausse couche. Vers 32 ans, bronchite grave, radiographie : On trouve une chaîne de ganglions rétro-sternale et un peu de sclérose pulmonaire. Rétablissement au bout de trois semaines, convalescence et repos pendant deux ou trois mois. A 34 ans, la malade va voir le Dr Férré pour rhumatisme du bras droit. Le Dr Ferré constate de la congestion pulmonaire plus étendue. Le bras droit qui était devenu presque infirme, est fortement amélioré par un traitement aux rayons. En octobre 1931, cette femme tombe de nouveau malade, et le Dr Ferré diagnostique une pyélonéphrite. Au cours de l'examen, il constate la présence d'un petit fibrome insignifiant.

Règles. — La malade déclare que depuis l'âge de 11 ans, où apparurent ses premières règles, jusqu'à 26 ans ces dernières ont toujours été abondantes, douloureuses, régulières, survenant tous les vingt-quatre ou vingt-cinq jours. Pendant les deux ou trois premières heures, elle avait des coliques, des vomissements, des douleurs, nécessitant l'alitement. Après sa première grossesse survenue à 26 ans, les douleurs cessent et l'abondance diminue, et cette amélioration se maintient jusqu'à il y a six ans, époque où le Dr Ferré

diagnostiqua un petit fibrome insignifiant. A ce moment, les règles commençaient à peine à être augmentées. Il y a cinq ans, l'augmentation d'abondance des règles devient plus manifeste. Enfin, il y a trois ans, les pertes deviennent plus violentes, avec des caillots. Le Dr Ferré constate que le fibrome est désormais de la grosseur du poing, conseille l'opération, mais le mari de la malade s'y oppose.

Depuis son enfance, la malade s'essouffle facilement au moindre effort et présente souvent des palpitations. Il y a quelques années, le poignet droit présente une nouvelle atteinte de rhumatisme (gonflement de la grosseur d'une orange); le pouce se déforme nettement (déformation ayant persisté et que l'on remarque à l'heure actuelle). Au bout de quelques mois, des douleurs apparaissent au niveau de la hanche droite. La malade boite et ne peut plus monter les escaliers que très difficilement. Depuis cinq ou six mois, les symptômes fonctionnels cardiaques s'aggravent. Les palpitations se font plus fréquentes, une dyspnée continue survient, la malade ressent une sensation de pesanteur douloureuse rétro-sternale, enfin, elle prend conscience que son cœur devient rapide et irrégulier. Le Dr Ferré appelé, diagnostique myocardite et tachycardie, et ordonne des gouttes qui améliorent passagèrement la malade.

Jusqu'à cette époque, les ménorragies et les métrorragies étaient devenues de plus en plus abondantes. Ces hémorragies étaient spontanées et capricieuses. Parfois la malade ne reconnaissait plus l'époque de ses règles. Elle présentait des pertes blanches, parfois de l'hydrorrhée, dans l'intervalle des hémorragies. Puis, d'une façon assez brusque, il y a eu une diminution assez marquée des pertes de sang. Les règles deviennent beaucoup moins abondantes et ne durent plus que deux jours, ce qui les fait négliger par la malade, qui a désormais son attention attirée par l'aggravation des symptômes cardiaques. Cependant à la rentrée d'octobre dernier, elle fait la classe jusqu'au 10 novembre, toujours oppressée, ayant de la fatigue et des palpitations aux moindres efforts, se rendant compte que son cœur devient de plus en plus rapide et irrégulier, et boitant continuellement de la jambe droite. Le 10 novembre, mort subite du mari. Le jour de l'enterrement, la malade peut à peine se traîner, a l'impression, dit-elle « d'avoir des sacs de son » dans les jambes qu'elle peut difficilement déplacer. Le 15, le sang revient. Elle pense que l'émotion est responsable de ces symptômes de fatigue extrême

et de cette hémorragie qu'elle croit être une apparition prématurée de ses règles (les précédentes étant apparues quatorze jours avant); mais, soudain, le soir du 15 novembre, elle fait une hémorragie considérable. Le docteur Férré appelé deux fois, fait deux piqûres qui arrêtent l'hémorragie. La malade a des coliques violentes et des vomissements. Soudain, elle a une syncope. On lui donne quelques gouttes de coramine, on la frictionne, on lui fait boire du rhum. Elle revient à elle. Le Dr Ferré arrive, la déclare dans un état présyncopal et la fait transporter d'urgence à la clinique Saint-Augustin dans la soirée du 15. Aussitôt arrivée, on lui fait une transfusion de 300 cc. Hémocoagulène, 5 cc. Anacamphre Ercé, 2 cc. Le pouls qui n'était pas comptable avant la transfusion, s'établit à 90. Température, 36°. La malade est surveillée et tonifiée pendant sept jours, durant lesquels surviennent de petites hémorragies légères, irrégulières et capricieuses. On suralimente la malade et le 2 décembre, on estime qu'elle est assez remontée pour pratiquer l'opération. Pendant ces huit jours précédant l'opération, le pouls était extrêmement irrégulier, mais la malade ne présentait aucun malaise.

Opération : hystérectomie totale. On enleva un volumineux fibrome de cinq kilos.

A l'heure actuelle, on se trouve en présence d'une femme très amaigrie, pâle, ne ressentant aucun malaise, sauf une impression de faiblesse assez prononcée qui ne l'empêche pas d'exposer son histoire très volontiers, sans aucun supplément de fatigue. Pouls à 102, irrégulier. Température, 38°2. (La malade a été purgée aujourd'hui.) Léger godet d'œdème aux chevilles. Tension artérielle, 12-6. Auscultation cardiaque; pas de souffle. Tachycardie, avec arythmie, assourdissement des bruits, embryocardie. La malade se sent très bien, mais un léger vertige apparaît quand on la fait s'asseoir pour l'ausculter.

En résumé, nous avons affaire à une femme qui a eu une atteinte cardiaque dans son enfance (crise de rhumatisme articulaire aiguë, avec légère manifestation cardiaque reconnue sept ans après). Cette atteinte ne paraît pas avoir été grave, puisque cette femme put mener à terme deux grossesses sans incidents. Cette crise de rhumatisme articulaire aigu paraît ne pas avoir laissé d'autres séquelles cardiaques qu'une légère tendance aux palpitations et à la dyspnée

d'effort, mais c'est tout. De cette crise articulaire semblent plutôt résulter des séquelles rhumatismales (atteinte du poignet droit, déformation du pouce droit).

Pendant une longue période de vingt-sept ans (de 12 ans à 39 ans, date d'apparition du fibrome), à part un incident pulmonaire intercurrent, cette femme a joui d'une bonne santé et n'a pas eu de trouble cardiaque important. Au contraire, nous avons vu ses symptômes cardiaques s'intensifier au fur et à mesure que le fibrome s'est développé. Cet énorme fibrome de cinq kilos, siégeant dans la fosse iliaque droite, a été la cause par la compression qu'il produisait, des douleurs au niveau de la hanche droite et de la boiterie qui en est résultée. La myocardite et la tachycardie diagnostiquées par M. le Dr Ferré paraissent directement sous la dépendance de ce fibrome. Cette femme a présenté une crise asystolique grave par anémie hémorragique qui aurait pu entraîner la mort. Une transfusion urgente et une préparation suffisante ont pu permettre l'opération. A l'heure actuelle, cette femme est en bonne voie de guérison, encore faible, mais ses malaises et ses troubles fonctionnels ont disparu. La tachyarythmie s'améliore.

Cette observation illustre une fois de plus le mot de M. le professeur Jeanneney et de M. le docteur Magendie : « Les accidents cardiaques au cours des fibromes, au lieu d'être une contre-indication opératoire, imposent la nécessité d'une thérapeutique urgente : transfusion et opération. »

CONCLUSIONS

Les troubles cardiaques et digestifs rencontrés chez les femmes atteintes de fibromes méritent d'être étudiés tout d'abord pour savoir s'ils sont bien provoqués par la tumeur, et non pas le résultat d'une simple coïncidence. Ils doivent attirer l'attention du clinicien en raison de leur fréquence, de leur importance, des erreurs de diagnostic qu'ils peuvent entraîner, du pronostic immédiat post-opératoire, et du pronostic éloigné. Enfin, il était important d'approfondir l'étude de leur pathogénie, pour laquelle nous avons essayé de faire une mise au point des idées actuelles, car nous avons montré que le choix du traitement pouvait, dans certains cas, s'inspirer de ces idées pathogéniques.

Alors qu'ils ont suscité à l'étranger de nombreux travaux, ces troubles cardiaques et digestifs dans les fibromes ont été complètement délaissés en France par les auteurs actuels jusqu'au récent article de MM. Jeanneney et Magendie qui ont signalé l'utilité de leur étude.

Les troubles cardiaques les plus fréquents sont des petits troubles fonctionnels cardiaques (dyspnée, palpitations, vertiges), certains signes physiques cardiaques (assourdissement des bruits, dédoublement du 2e bruit, souffles, troubles du rythme, dilatation, hypertrophie et dégénérescence du cœur, « cœur anémique secondaire », altération du tracé électrocardiographique), des signes périphériques (troubles vaso-moteurs, œdème, céphalée, spasme des capillaires, hypertension, des signes hématologiques, enfin d'autres troubles accessoires.

Les troubles digestifs que l'on rencontre le plus souvent sont, par ordre de fréquence : la constipation, l'anorexie, la dyspepsie flatulente avec pesanteur gastrique, les nausées et les vomissements, la diarrhée. Parfois, certains syndromes digestifs caractéristiques peuvent être simulés.

Le problème pathogénique, capital pour le choix du traitement, a été fort discuté. Certaines théories visent à expliquer à la fois les troubles cardiaques et digestifs : théorie de la toxine myomateuse (qui n'a pas résisté à la critique), théorie des altérations endocrino-sympathiques (qui contient une grande part de vérité, mais ne fait, en somme, que reculer le problème), théorie infectieuse (valable pour les fibromes et polypes sous-muqueux exposés), théorie de la résorption toxique (valable pour les fibromes nécrobiosés et sphacélés). L'anémie hémorragique intervient quelquefois dans la production des troubles digestifs. A l'heure actuelle, tout le monde est d'accord pour attribuer à l'anémie hémorragique une importance prépondérante dans la production des troubles cardiaques, à la gêne mécanique un rôle capital dans la production des troubles digestifs. L'hypertension mérite d'être retenue comme cause de troubles cardiaques, au moins dans certains cas de tumeurs volumineuses, principalement par le mécanisme du « barrage périphérique » de Jeanneney.

En résumé, il faudra être éclectique et accepter, suivant les cas, une ou plusieurs des diverses pathogénies que nous avons proposées. Cette discrimination est très importante, puisque le choix du traitement découle directement de la pathogénie que l'on a adoptée. Quand il y aura une contre-indication opératoire nette, et dans le cas très spécial de fibrome de diagnostic certain, pas très volumineux, interstitiel, chez lequel on ne pourra expliquer les troubles cardiaques et digestifs par d'autre pathogénie que l'anémie hémorragique, on pourra recourir aux radiations.

Dans tous les autres cas de fibromes compliqués de troubles cardiaques et digestifs, on préférera l'opération.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
JEANNENEY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 15 décembre 1937
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Arknssky et Novotjelnowa. — « Myomes with heart deseases » (*Arch. f. gynäk.*, 151, 293-301, 1932).

Barucq (Jean). — *Traitement des fibromes de l'utérus par la radiothérapie* (thèse, Bordeaux, 1937).

Brandmann. — « Fibromyoma case with cardiac failure, anemia and edema » (*Arch. int. med.*, 50, 306-316, aug. 1932).

Chini et Gusso. — « Clinical research on so-called fibromahearth » (*Rev. ital. di genecol.*, 9, 613-658, juillet 1929).

Cotte-Martin et Rochet. — « Fibromes avec hémorragies » (*Lyon chirurgical*, 27, 663-667, septembre-octobre 1930).

Cotte. — « Hypertension et fibromes utérins » (*Lyon Médical*, 1923, CXXXII, p. 117).

Delbet (P.). — « Les fibromes de l'utérus » (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, Paris, 1924, t. XXXVIII, p. 580).

Hochlof. — « Colloidal chemical studies of question of existence of myoma toxin » (*Zentralbl. f. gynak.*, 57, 880-12, 12 aug. 1933).

Hofmeier. — *Zeitschr für Geb. u. Gyn.*, 1884, vol. XI, p. 336.

Janaki. — « Pathologic changes in heart, in presence of myoma » (*Zentralblatt f. gynak.*, 53, 2589, 12 octobre 1929).

Jaschke (von). — « Circulatory apparatus in myoma » (*Arch. f. gynak.*, 155, 6, 21, 1933).

— « Studies showing the non existence of so-called « myoma heart » (*Arch. f. gynak.*, 156, 71-72, 1933).

Jeanneney (Pr) **et Magendie** (Dr). — « Troubles cardiaques dans les fibromes » (*Gyn. et Obst* , t. 33, no 4, avril 1936).

— « Troubles digestifs dans les fibromes » (*Gazette Méd. du Sud-Ouest*, 15 mars 1936).

Mc Kenna (H.). — « Fibroma associated with rapid hearth (without established relationhip between fibroids and rapid heart) » (*G. clin. North. America*, 12, p. 127, 29 février 1932).

Meyer (S.). — « Cinq cas de fibrome suivis d'anémie grave » (*Strasbourg Medical*, 91, 43, 15 août 1931).

Mollo (L.). — « Fibromyomes, causes de complications cardiaques » (*Minerva Med.*, 7, 613, 10 juin 1927).

Neumann. — « Proliferation of blood vessel and lymphatic vessels in myometrium and uterine myomas (formation of telangiectasies and hemangioma) » (*Arch. f. gynak.*, 139-161, 129).

Polak, Mittel et Mac Grath. — « What is the relation of hyper-

tension with fibroids diseases of the uterus » (*Am. J. obst., gyn.*, St-Louis, 1922, IV, p. 227).

Salvini. — « Réserve alcaline du sang » (*Riv. ital. di ginecol.*, 9, 593-612, juillet 1929).

Sardin (Magdeleine, née Blanchard). — *Contribution à l'étude des rapports du fibrome utérin avec le dysfonctionnement endocrinien* (thèse, Paris, 1935).

Sebileau. — « Le cœur et les grosses tumeurs de l'abdomen » (*Rev. de Chir.*, 1888).

Spirito (F.). — « Effets du fibromyome sur le cœur et les ovaires » (*Arch. d'Obst. et Gyn.*, 15, 1, janvier; 49, février 1928).

Taccani (G.-V.). — « Etiologie endocrinienne probable des troubles cardio-vasculaires (42 cas) » (*Ann. di obst. e gen.*, 54, 1371-1436, 31 octobre 1932).

Tanaka (G.). — *Frequent appearance of arteriosclerosis in patients*, janvier, 27, 261-267, 1933.

Vassitch. — « Relation to arterial hypertension » (*Gyn. Obst.*, t. XXIV, 126-132, aug. 1931).

Winter. — « Myom and Herz » (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. gynak.*, Stuttgart, 1924, LXXXVII, p. 225).

Raffray. — « Des métrites, considérations cliniques et thérapeutiques » (*Paris Chirurgical*, 1894).

Pellanda. — *La mort par fibromyome de l'utérus* (thèse, Lyon, 1905).

Lacoarret. — « Nervosisme et troubles gastriques dans les affections chroniques de l'utérus » (*Arch. clin. de Bordeaux*, 1892, p. 387 et 453).

Forgue et Massabuau. — « Gynécologie » (*in . Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, Paris, 1927, p. 286).

Pozzi. — *Traité de gynécologie*, 1905.

Theilhaber. — « *Berlin klin. woch.*, 9 octobre 1893, p. 1006.

Braun (G.). — « Ueber den Zusammenhang von neurosen des Magens und uterinleiden » (*Wien Med. Woch.*, 1886, 41-42).

Eisenhardt (H.). — *Die Wechselbezie lumgen Zwischen internen und gynakologischen Erkrangkungen*, Stuttgart, 1895.

Imlach. — « On uterine dyspepsie » (*Brit. gyn. Journ.*, février 1887, 471).

Turco (A.). — « Comparative study of endometrium and ovary in fibromyomas with special regard to uterine hemorrhage » (*Minerva Med.*, 2, 109-112, 28 juillet 1932).

Bordeaux. — Imprimerie Bière, 18, rue du Peugue. — 1937.